DISSERTATIO
INAUGURALIS GYNAECOLOGICA

EXHIBENS CASUM

PELVIS E KYPHOSI LUMBO-SACRALI AD EXITUM TRANSVERSE COARCTATAE

CUM NOTATIONIBUS DE EA PELVIUM DEFORMATIONE

QUAM

CONSENSU ET AUCTORITATE

GRATIOSI MEDICORUM ORDINIS

IN

ALMA LITERARUM UNIVERSITATE VIADRINA

AD SUMMOS

IN MEDICINA ET CHIRURGIA HONORES

RITE CAPESSENDOS

DIE XXIII. MENSIS MARTII A. MDCCCLXVII

HORA XI

PUBLICE DEFENDET

AUCTOR

VICTOR SCHMEIDLER,

SILESIUS.

1867

ADVERSARIORUM PARTES AGENT:

W. ALTER, MED. ET CHIR. DRD.

H. MAGNUS, MED. ET CHIR. DRD.

VRATISLAVIAE.

TYPIS A. NEUMANNI.

VIRO

ILLUSTRISSIMO AMPLISSIMO CELEBERRIMO

O. SPIEGELBERG,

EDIC. ET CHIRURG. DOCTORI, PROFESSORI PUBLICO ORDINAR. FACULTAT. EDIC., SCHOL. CLINIC. OBSTETRIC.-GYNAECOLOGICAE UNIVERSITAT. VRA-SLAV. DIRECTORI, COMM. REG. AD EXAMINAND. MED. DELECT. MEMBRO, JGUST. BORUSSORUM REG. IN REBUS MEDIC. A CONSILIIS, LITTERAR. SO-CIETAT. COMPLUR. SODAL. ETC.

PRAECEPTORI DILECTISSIMO

FAUTORI BENEVOLENTISSIMO

PRAECLARE DE SE MERITO SUMMEQUE SEMPER

VENERANDO

NEC NON

PARENTIBUS OPTIMIS

HASCE

STUDIORUM PRIMITIAS

SACRAS ESSE

VOLUIT

AUCTOR.

Praefatio.

Pelvium e Kyphosi lumbo-sacrali ad exitum transverse coarctarum ad nostrum tempus una subitilius descripta atque illustrata est, a viro Exp. Moor. [1]) Gaudemus igitur, quod nobis contigit, ut alterum ejusdem generis exemplum proferamus illi simillimum. Quod quidem invenimus in policlinico obstetricio, cui Ill. Spiegelberg et vir Exp. Fuhrmann, medicus secundarius, praesunt. Vivit adhuc nostra in urbe femina, cujus de pelvi hocce libello disserturi sumus. Eximias imprimis gratias viro Ill. Spiegelberg agimus, quod nobis ut hanc rem rarissimam publice explicemus, benevolentissime concessit

---

[1]) Das in Zürich befindliche kyphotisch-quervcrengte Becken. Von Dr. Johannes Moor. Nebst einem Vorwort von Professor Dr. Breslau. Zürich 1865.

et mensuras pelvis exactissime percontatus nos consilio benignissimo adjuvit. Quo factum est ut quamquam pelvim praeparatam non possidemus, tamen formam ejus accuratius describere possimus.

Ceterum de hisce studiorum primitiis indulgenter judicatum iri speramus.

I.

Anamnesis.

Emilie Scholz, annos quadraginta unum nata, ante tres annos in matrimonium ducta, die quindecimo mensis Decembris anni MDCCCLXVI primum peperit. Femina, quae in paupertate semper vixit, est parva, tenuis, non plus quam 128 Centim. a vertice usque ad calcar, 123 Cent. a vertice ad malleolum externum alta. Columna vertebralis in parte lumbro-sacrali Kyphosi est commutata, ita ut vertebrarum lumbalium axis longitudinalis ab anteriore in inferiorem posteriorem directionem sit coacta, ossis autem sacralis directio cum illa directione angulum efficiens in partem anteriorem inferiorem spectet.

Quod quidem quum primo aspectu cognosci posset, jam commemoravimus, postea autem subtilius disseremus. Quod ad causam hujus deformationis pertinet, a femina haec fere docti sumus:

Infans fuit valida et ad tempus currendi potens fuit. Puella septem annorum, quum jam in scholam iret, cecidit in regionem sacroiliacam; nec vero ubi neque quomodo ceciderit adhuc meminit; tantum scit se multos postea dolores in eadem corporis regione passam esse; post paucas autem hebdomades iterum in scholam se ivisse neque ullam postea currendi difficultatem remansisse. Semper postea valetudine bona fuit; suis manibus per multos annos victum sibi ipsa meruit; nunquam morbo

graviore affecta est. Tamen parva mansit tenuisque; videtur igitur Kyphosis illa lumbo-sacralis solo illo casu effecta esse; neque enim exploratione subtilissima in corpore ejus quidquam morbi alius nec signum nec residuum potest inveniri, ut Rhachitidis aut Osteomalaciae; crura, brachia, pectus recta et valida, dentis boni erant.

Graviditatis initium in mense Februario est ponendum, quum illo fere tempore postremam menstruationem se habuissse dicat; qua quidem ex re graviditatem aliquid longiorem quam plerumque fuisse concludendum est. Graviditatis spatium sine ullo morbo aut affectione est praeteritum, postremo tantum tempore nonnunquam se dolores in regione lumbo-sacrali habuisse dicit.

Partus.

Primos dolores ad partum jam vespero Decembris 12. incepisse nobis dictum est; sed oris uteri dilatationem demum Decembris 14. vespero incepisse, quum dolorum effectus fuerit invalidus. Nocte sequente obstetrix policlinici obstetricii auxilium propter malum dolorum effectum et pelvis angustitatem petivit. Nos quum mane hora tertia Decembris 15. accessimus, haec invenimus:

Primo aspectu alvum maxime extensam atque dependentem; palpatione: uterum magnum parietibus tenuibus, sed valide et constanter circum foetum contractum; foetus membra clare et perspicue palpare poteramus; erat enim dorsum in latere dextro situm, anus in parte uteri superiore dextra; caput propter alvum dependentem palpatione externa non poterat cognosci. Pulsum foeti non certe audivimus, sed in sinistro latere clarum uteri strepitum.

Exploratione interna haec invenimus:

Introitus vaginae angustior statim nobis videbatur ossium pubis conversione, quae angulum multo minorem quam plerumque praebent; vagina bene dilatata, mollis, relaxata; os uteri omnino dilatatum; caput foetus jam in cavo pelvis, sutura sagittali in diametro prima diagonali (id est a posteriore dextro ad anterius sinistrum versa) stante: fontanella magna in anteriore sinistro clare

cognoscenda: situs igitur capitis tertius. Capitis ossa tenuia, facilia ad imprimendum, ut charta papyracea premente digito crepitantia. Caput non fixum, sed mobile. Promontorium neque uno digito nec duobus adtingi poterat; sed eo magis per vaginam relaxatam os coccygis in pelvim prominens et spinae et tubera ischii cognosci poterant; symphysis rostri modo videbatur formata. Tamen nos illo primo tempore non credidimus pelvim angustiorem esse, quam e qua foetus evenire posset, 1) quia introitus pelvis satis amplus inventus est capite jam in cavum pelvis progresso; 2) quia promontorium attingi non poterat; 3) quia rarissime fit nec nobis tum casus ejusmodi notus erat, ut introitu pelvis amplo, deficientibus morbi praesentis aut praeteriti ut Rhachitidis aut Osteomalaciae aut tumorum malignorum signis et indiciis, pelvis exitus tanta esset coarctatio, ut foetus evenire nullo modo posset; his igitur reflexionibus adhibitis, quamquam quandam esse pelvis exitus angustitatem non ignoravimus, tamen foetum sit vi naturae sit auxilio obstetricio integrum posse e pelvi prodire tum persuasum habuimus. Itaque optimum nobis visum est dolores, quum aut invalidiores aut spastici essent, Morphio regulare, ceterum partus rationem observare atque aliquod tempus exspectare. Morphii igitur grani quadrante dato quum uteri contractiones spasticae et dolorosae cessavissent et puerpera indormivisset, mane abivimus, ut in locum istum remotiorem meridie rediremus.

Hora secunda meridiei haec invenimus:

Dolores ante horas nonnullas iterum exorti caput non magis quam antea in pelvis cavum propulerant; uterus maxime contractus, puerpera doloribus fere confecta erat. Pulsus foetalis nusquam auditus est. Foetor ex genitalibus prodibat. Exploratio interna difficillima doloribus maximis digiti tactu in genitalibus exorientibus. Itaque puerpera quum Chloroformylo sopita esset, subtilior est exploratio interna instituta, qua licuit cognosceremus p e l v i s e x i t u m s a n e e s s e p e r s e a n g u s t i o r e m, q u a m e q u o p r o d i r e p o s s e t f o e t u s m a t u r u s; i n t e r t u b e r a i s c h i i e n i m n o n p l u s q u a m d i g i t o r u m d u o r u m e t d i m i d i i l a t i t u d i n e m i n t e r e s s e; o s s i s c o c c y g i s a c u m e n i n c a v u m p e l v i s m a x i m e p r o m i n e r e; o s s a e s s e r i-

gida nec mobilia inter se. Itaque perforationem atque extractionem foetus esse necessariam. Et quidem res, postquam subtilius a nobis observata est, multo et gravior et periculosior quam nocte praeterita nobis visa est. Quam ob rem vir Ill. Spiegelberg a nobis accessitus est.

Qui ubi venit, status praesens hic notatus est:

Alvus maxime dependens; uterus maximus, arctissime adstrictus; partes foetales perspicue per uterum cognoscendae. Pulsus foetalis non auditus est; non animadversi motus foetales. Puerperae vires maxime prostratae; pulsus ejus celerrimus, cutis fervida, sitis vehemens; ita ut fere uteri ruptura accidisse aut imminere videretur. Genitalia externa oedemate tumida; foetor ex iis putridus. Digiti explorantes sero cruento atque putride olente imbuti erant.

Exploratione interna fere eadem quae supra dicta sunt, sunt affirmata: Tubera ischii non plus quam 2″ distare (quum in pelvi normali 4″ = 11 Centim. distent); longitudinem diametri sagittalis exitus (a Symphyseos margine inferiore ad acumen ossis coccygis) tantum esse = 3″ = 8 Cent., quae in pelvi normali est 4″ 3‴ = $11^2/_3$ Cent. A corpore externo inventa est tuberum ischii distantia = $2^1/_4$″.

Ill. Spiegelberg, quum rem omnino perspexisset, hunc casum esse rarissimum et gravissimum dixit; vix posse perforationem atque extractionem institui; sectionem caesaream paene esse indicatam; sed 1. quod foetus esset ante plus duodecim horas mortuus et hac de causa ejus integritas nullo modo respicienda; 2. quod matris vita maximo in periculo esset, infectione e foetu putrescente timenda et jam collapsu imminente; 3. quod pelvis angustitas spem exiguam extrahendi adhuc permitteret; 4. denique quod nec locus neque hora (jam erat septima vesperi) tam gravi operationi esset idonea ut sectioni caesareae; his de causis perforationem atque extractionem esse tentandam.

Itaque tentata est Primum tentatum est forcipe foetus caput apprehendere, ut comprimatur vel figatur; sed forceps delapsa est capite et nimis mobili et satis alte stante; et quum denique capite apprehenso forceps concludi tentaretur, forcipis cochlearia non contra sese,

sed juxta sese posita sunt, quia arcus pubis angustior erat, quam in quo concludi forcipis cochlearia possent. Qua quidem ex re ne Kephalotryptore quidem posse caput comprimi cognitum est, quum spatium recte introducendi ejus deficeret. Nec vero ut trepano terebraremus caput contigit, propter, quam supra diximus capitis mobilitatem in pelvi infundibiliformi et alvum dependentem, quibus factum est, ut ne manuum quidem pressione caput affigere pelvi, ut terebraretur, possemus.

Tandem forfice Levretii caput apertum est et uncis acutis deinde apprehensum. Effluit inter has manipulationes ex utero tum liquor amneus cruentus tum humor foetidus et putridus mixtus cum aëre, quod strepitu ex utero proruit; ex quo foetum jam putridum et fortasse ex diebus pluribus jam mortuum tum putavimus; sed postea, quum foetum minime putrescentia dissolutum vidimus, hunc foetoris profluvium quasi diffusionem aëris ex intestinis vicinis in uterum tenuem interpretandum esse credidimus.

Quin etiam tum capite aperto, cerebro effuso et expresso et ossibus capitis tenerrimis conquassatis difficillimum erat foetum e pelvi angustissima extrahere. Nam ossa ubi uncis affixa sunt, rupta sunt, ut nec protrahi cum iis corpus posset, et mater ne vulneraretur maxime cavendum esset. Denique postquam galea aponeurotica cranii uncis apprehensa et protracta est, contigit, ut caput tantum protraheretur, ut facie in anterius versa unci in orbita sinistra figerentur. Hic demum ossa capitis satis erant resistentia, ut summo labore et omnibus viribus adhibitis foetus e pelvi extraheretur, quum duo assistentes manibus ab externo uterum comprimerent. Capitis forma omnino erat commutata et in longitudinalem versa; foetus bene formatus et satis magnus erat. Placenta paullo post nostra ratione (modificirter Credé'scher Handgriff) ex utero integra expressa est; et haec et funiculus umbilicalis normales erant. Foetus minime putrescentia dissolutus erat; Epidermis bene conservata; ex quo non prius quam ante horas viginti quattuor mortem ejus accidisse concludendum fuit. Mensuras foetus (infans feminina erat) quum adeo conquassatus esset, scilicet tradere nobis non licuit. Finis partus vesperi fuit hora octava. —

Hebdomades partum secutae.

Puerperae, quae inter foetus extractionem narcosi Chloroformyli profundissima sopita erat, pulsus post partum satis erat validus; sanguinis profluvius exiguus; abdomen paullulum meteoristicum. Sane post hunc partum gravissimum, post tot et tantos quattuor dierum dolores, post foetus mortem in utero et post ingentes extrahendi labores, quibus compressio et contorsio partium omnium in pelvi effecta erat gravissima, post omnia haec omina infausta vix conservari posse puerperae vitam tum quidem credidimus. Sed nullus omnium morborum in puerperio facillime exorientium secutus est. Puerpera, quamvis esset ante partum debilis et tenera, quamvis exhausta et debilitata paullo post partum, vixit et mirum quam celeriter convaluit.

Die sequenti status praesens:

Adhuc magna virium prostratio. Vox tenuis, laboriosa. Sitis magna; dolores in regione sacrali. Pulsus = 104—108, fortis, validus; abdomen nec dolorosum nec meteoristicum; uterus optime contractus, lochia olentia quidem, sed modica; nullum inflammationis signum.

Ordinatio: Injectiones infusi Chamomillae in vaginam. Morphii grani quadrans bis die.

Die III. status praesens multo melior:

Vires revocatae; vox clara; sensorium liberum; dolores, sitis, cutis ardor cessavere; pulvus = 100. Abdomen minime extentum. Lochia normalia. Urinae et faecium excretio normalis.

Sic res per dies tres mansere.

Die V. in parte lumbo-sacrali in posterius maxime prominente, quum femina in lecto diutius jacere nunquam solita esset, cutis inflammatio (ossium pressione effecta) orta est, quam suppuratio superficialis et circumscripta secuta est. Sed hoc non magni erat; nam viribus in diem auctis, quum feminae e lecto surgere et crebram aut jacendi aut sedendi aut currendi variationem facere liceret, ab hoc etiam morbo celeriter convaluit.

Sic factum est, ut die XIV. post partum sine ulla feminae molestia metiri pelvis diametros exactissime possemus.

Res unica, quam femina postea etiam, quum multo post eam revidimus, doluit, haec erat: nonnunquam se dolores utriusque pedis atque regionis sacralis habere pedemque sinistrum nonnunquam quasi indormiscere dixit; quanta nervorum sacralium in partu fuerit compressio, signum. Ceterum erat bona valetudine.

Liceat egitur nobis jam e dictis et e mensuris pelvis aliquae breviter colligere. —

II.

De forma pelvis e mensuris concludenda.

Mensurae pelvis, quas Ill. Spiegelberg nobiscum die quarto mensis Januarii a MDCCCLXVII exploratione subtilissima constituit, hae sunt: [1])

Diam. Spinar. Ilei (a margine interno) = 23 Cent. = 8,5″.

Diam. Cristar Ilei (a margine interno) = 21,5 Cent. = 8″

Diam. Trochanterum = 24,5 Cent. = 9″

Conjugata externa (a processu spinoso vertebrae lumbalis quintae — ad marginem super. symphyseos) = 21,5 Cent. = 8″

(Conjugatam diagonalem metiri non potuimus, quum promontorium digito non posset attingi.)

Diameter sagittalis exitus:

ab acumine ossis coccygis = 8 Cent. = 3″

ab acumine ossis sacri = 10 Cent. = 3 ⅔″

Diameter frontalis exitus (inter tubera ischii): = 5 Cent. = 2″

---

[1]) Est quidem Centimetrorum in digitos translatio non accuratissima, quum a circulo ipso sit recepta; sed nihil interest; neque enim mensurae in femina viva factae sic accuratae esse possunt ut in pelvi praeparata mortuae.

Distantia ab acumine ossis coccygis
ad tuber ischii sinistrum = 5,5 Cent. = 2''
ad tuber ischii dextrum = 5,5 Cent. = 2''
Altitudo Symphyseos = 5,5 Cent. = 2''
Distantia ab acumine ossis sacri
ad tuber ischii sinistrum = 9 Cent. = 3$\frac{1}{2}$''
ad tuber ischii dextrum = 9 Cent. = 3$\frac{1}{2}$''
Longitudo corporis a vertice
ad malleolum externum = 123 Cent.
ad calcar = 128 Cent.
Distantia a Spina anter. super. ossis Ilei
ad calcar = 78 Cent.

Atque haec etiam tum notata sunt:

„Tres vertebrae lumbales inferiores partim sunt deletae et in acumen gibberosum transiere; hoc acumen respondet processui spinoso vertebrae lumbalis quartae, in eadem altitudine situm qua Crista Ilei; eodem inferior 1'' sentitur processus spinosus vertebrae lumbalis infimae, qui item prominet ut quartae. Jam aspectu externo plane et perspicue cognoscitur directionem ossis sacri a posteriore superiore in anterius inferius versam esse. Spinae posteriores inferiores ossis Ilei in posterius perspicue prominent. Acetabula posita sunt in anteriore externo. Genitalia interna bona, paullulum etiamtum sensibilia; genitalia externa normalia.“

Quae quidem exploratione acuratissima et ipsius Ill. Spiegelberg auctoritate constituta ad rectam atque veram pelvis formae diagnosim sufficere censemus, et quidem diagnosin pelvis Kyphosi lumbo-sacrali proprie coarctatae. Nam quamquam pelvis feminae ad valetudinem reversae neque praeparata neque demonstranda nobis est proposita, tamen omnia quae diximus collecta puram et certam pelvis imaginem nobis praebebunt. Nam partus ratio erat tam certis et claris indiciis finita; defecere etiam omnes complicationes fortuitae, quae veram cognitionem perturbare aut debilitare possent; partus priores non fuere (quos in aliis ejusmodi casibus veram cognitionem perturbasse infra videbimus); femina semper valida fuit, nec Rhachitide neque Osteomalacia unquam affecta, quod et ex Anamnesi et ex ossibus extremitatum, thoracis, pelvis, quae erant recta, firma, valida, cognosci poterat, — ut haec omnia ad persuasum certum

nos adduxerint hoc in casu non fortuitam aut communiorem pelvis formam esse, sed rarissimam et tamen certis legibus constitutam; formam dico eandem, quam Dr. Moor, vir experientissimus, anno MDCCCLXV primus descripsit, titulo addito: „Das in Zürich befindliche kyphotisch querverengte Becken. Von Dr. Johannes Moor. Nebst einem Vorwort von Prof. Dr. Breslau. Zürich 1865.“ Ejus igitur scriptum diligentissime perscrutati cum gaudio invenimus pelvi ab illo descriptae nostram esse simillimam; pelves autem ab aliis descriptas et cum his duabus comparatas (ut a Grenser etc., vide infra indicem litterarum) minime cum his componi posse. Quae quidem infra accuratius disseremus. Sed imprimis nobis idoneum videtur pelvim nostram cum normali comparare, ut quantum forma nostrae a normali differat, quam clarissime cognoscamus. Quod quo facilius fieret, hanc composuimus mensurarum tabellam:

	Mensurae ad millimetros relatae.		Mensurae ad digitos relatae.	
	Pelvis nostrae.	Pelvis normalis.	Pelvis nostrae.	Pelvis normalis.
Distantia Spinarum Ilei anter. super.	230	224.6	$8\frac{1}{2}$	$8\frac{1}{2}$
Distantia Cristarum Ilei	215	267,8	8	$9\frac{1}{2}$—10
Conjugata externa	215	163	8	$7-7\frac{1}{2}$
Diameter Trochanterum	245	300—350	9	11—13
Diameter sagittalis exitus				
ab acumine ossis coccygis	80		3	
ab accumine ossis sacri	100	112,3	$3\frac{2}{3}$	4
Distantia Tuberum ischii	50	113,9	2	4
Ab acumine ossis coccygis				
ad tuber ischii sinistrum	55		2	
ad tuber ischii dextrum	55		2	
Ab acumine ossis sacri				
ad tuber ischii sinistrum	90	67	$3\frac{1}{2}$	$2\frac{1}{2}$
ad tuber ischii dextrum	90	64,8	$3\frac{1}{2}$	$2\frac{1}{2}$
Altitudo Symphyseos	55	38,9	2	$1\frac{2}{5}$

Adnotatio. Pelvis normalis mensuras recepimus e libro Moori supra citato, ut certum ejusdem modum sequeremur. Moor eam significat No. 41.

Quod igitur pertinet ad ossa singula pelvim com ponentia, haec fere concludenda sunt:

I. Columna vertebrarum cnm osse sacro.

Columna vertebrarum Kyphosin lumbo-sacralem praebet. Inflexa est, ubi vertebrae lumbales cum osse sacro conjunctae sunt, et quidem non ossis sacri (hoc enim integrum est), sed vertebrarum lumbalium inferiorum destructione. Verisimile est corpora harum vertebrarum carie maxime esse deleta atque vertebrarum superiorum onere compressa; nam arcus et processus spinosi earundem integri sunt et magis quam plerumque inter se distant (1″); ossis sacri autem cum columna vertebrali conjunctio ita est instituta, ut non angulum in posterius apertum praebeat (ut in normali fit quum promontorium in pelvim promineat) sed angulum in anterius apertum, ita ut promontorium omnino non sit; quam quidem rem et e directione ossis sacri aspectu externo cognoscenda et ex hoc concludere possumus, quod promontorium per explorationem internam digito non potuit attingi. Itaque restat ut corpora vertebrarum trium inferiorum adeo carie sint deleta et onere corporis superioris compressa, ut inflexio completa loco promontorii sit orta. Os sacrum ipsum est normaliter et in latitudinem et in longitudinem conformata, nam spinae posteriores Ilei normali fere distantia perspicue prominent; [1]) sed directione sua prominet os sacri pars inferior in pelvim magis quam plerumque, nam spinae Ilei posteriores inferiores prominent magis quam plerumque, neque minus diameter sagittalis exitus minutus est; distantia enim ab acumine ossis sacri ad symphysin est

in nostra pelvi = 100 Mm
in normali = 112,3 Mm

Quae quidem comminutio eo mirabilior fit, quod in nostra pelvi Conjugata externa = 215 Mm
in normali eadem = 163 Mm

[1]) Est igitur rejicienda opinio hanc pelvis nostrae formam defectu alarum ossis sacri posse ortam esse ut in pelvi Robertii factum est.

Quum igitur in pelvi normali ratio Conjugatae externae ad diametrum sagittalem exitus est

= 163 : 112,3

aut relatis numeris ad centum

= 145, 1 : 100,

tum est eadem ratio in nostra pelvi

= 215 : 100;

abnormis igitur apparet clarissime ossis sacri a posteriore in auterius inferius directio et pelvis quasi praeceps coarctatio.

II. Ossa Ilei

sunt satis valida et bene constituta. Mirum est, quod distantia inter Cristas Ilei et distantia inter Spinas anteriores superiores rationem contrariam normali praebent; est enim in nostra pelvi:

Diameter Cristar. = 215 Mm = 8″
Diameter Spinar. = 230 Mm = $8\frac{1}{2}$″

In normali:

Diam. Cristar. = 267,8 Mm = $9\frac{1}{2}$—10″
Diam. Spinar. = 224,6 Mm = $8\frac{1}{2}$″

Apparet diametrum Cristarum in nostra pelvi multo esse comminutam (1″—$1\frac{1}{2}$″), contra diametrum Spinarum fere eandem mansisse atque in pelvi normali. Notum est etiam in pelvi rhachitica hanc diametrorum rationem esse contrariam normali; sed in rhachitica causa certe alia est, et quidem haec, quod prolapsu promontorii in pelvim ossa Ilei ita circum axin perpendicularem in symphysi sacro-iliaca sitam rotantur, ut spinae anteriores in externum discedant, posteriores propius ad se accedant. In nostra pelvi ejusmodi rotatio fieri non pouit, quia os sacrum in posterius coactum est; restat igitur, ut hanc diametrorum rationem ita explicemus: Quum tota pelvis ossis sacri retroversione sit in longitudinem distracta (ab anteriore versus posterius) fieri non potuit quin diameter frontalis introitus (inter lineam arcuatam utriusque lateris) aliquid sit comminuta, quae quidem res etiam introitu capitis in pelvim (sutura sagittalis in diagonali prima stetit) comprobari videtur; ita explicatur diametri cristarum comminutio. Sed verisimile est simul ossium Ilei palas minus alte et praecipiter, potius plane

collocatas esse; quod quidem ita fieri potuit, ut ossis sacri parte inferiore valde in anterius directa, spatio igitur inter Spinas Ilei poster. infer. minuto ossa Ilei circum axin horizontalem fere lineae arcuatae internae respondentem ita sint rotata, ut ossium Ilei palae planius collocarentur, ossa Ischii propius ad se accederent.

III. Pars anterior pelvis. Ossa Ischii et ossa pubis.

Et haec quidem pelvis pars prorsus commutata est. Est enim ita conformata, quasi vi ab utroque latere impetrante compressa sit. Iam prima puerperae exploratione interna videbatur nobis Symphysis rostri modo configurata. Digito enim plane et perspicue ossium ischii et pubis conversionem, quin etiam foraminis obturatorii fines cognoscere potuimus. Arcus pubis ita erat angustus, ut Ill. Spiegelberg ne tres quidem digitos juxta sese positos in vaginam introducere posset, sed tantum duos tertio paullulum sublato. Symphyseos altitudo paene duplex solito inventa est, = 55 Mm = 2″, quum est in normali = 38,9 Mm. Conjunctio symphyseos erat firma, quasi osse ipso conformata; neque enim in narcosi Chloroformii distrahi potuit. Distantia inter Tubera Ischii maxime est comminuta; est enim in nostra pelvi

= 50 Mm = 2″

in normali = 113,9 Mm = 4″;

in nostra igitur pelvi plus dimidio est comminuta.

Atque haec quasi compressio pelvis inferioris pulcherrime diametro Trochanterum illustratur; haec enim est in nostra pelvi = 245 Mm = 9″

in normali = 300—350 Mm = 11—13″

[Atque eam quidem. diametri Trochanterum comminutionem rarissimam esse ex his appareat: Brevissimae quae adhuc notae sunt, diametri Trochanterum hae sunt:

1. in pelvi transverse coarctata a Robert 1842 descripta:
D. Tr. = 8″ 6‴, (in vita autem = 9″ 6‴—10″ secundum Litzmann.)
2. in pelvi a Kirchhoffer 1846 descripta = 9″ 6‴
3. in pelvi a Seyfert 1853 descr. = 10″
4. in pelvi a Grenser 1866 descr. = 9″ 9‴

A Dr. Moor diameter Trochanterum, quod dolendum est, non est tradita.]

Ex quibus apparet hanc diametri Trochanterum comminutionem maximam atque rarissimam certe summa vi et ad genesim et ad diagnosim pelvis nostrae habendam esse; quod etiam Grenser in sua dissertatione recte judicavit. —

Ossibus singulis perlustratis restat, ut conemur et mensuris cognitis et partus propria ratione freti de antro pelvis claram ponere opinionem.

1. Introitus pelvis.

Hic non fuit angustus, quamvis forma ejus sit mutata. Nam foetus caput tum, quum puerperam exploravimus, jam introitum intraverat, fere in antro pelvis stabat; potuit digito facillime tangi, erat mobile in pelvi. Haec igitur quum comprobant introitum pelvis non fuisse angustiorem, quam quo intrare caput foetus bene formati possit, tum ea res, quod sutura sagittalis in diametro diagonali prima stetit, comprobare videtur pelvis introitum in longitudinem etiam ampliorem fuisse quam in latitudinem. Haec igitur amplificatio in longitudinem scilicet effecta est imprimis promontorii defectu et ossis sacri in posterius versione: diametri autem frontalis introitus comminutionem exiguam tantum fuisse et comprobatur partus ratione et explicatur rotatione quam supra diximus ossium Ilei circum axin horizontalem lineae arcuatae fere respondentem, ita ut ossibus ischii appropinquantibus linea arcuata tamen quasi cardo in loco remanserit aut minime remota sit. Itaque pelvis introitus aut nihil aut minime in latitudinem coarctatus est.

2. Exitus pelvis.

Hic maxime coarctatus est, quum imprimis ad latitudinem, tum etiam aliquid ad longitudinem. D i s t a n t i a i n t e r t u b e r a i s c h i i p l u s d i m i d i o e s t c o m m i n u t a. Est enim

in nostra pelvi	= 50 Mm	=	2″
in normali	= 113,9 Mm	=	4″
in pelvi Moori	= 46 Mm	=	1″ 6—7‴

Atque haec quidem nostra coarctatio ea est, de qua N a e g e l e dicit si sit diameter minima pelvis minor quam 2″,

sectionem caesaream esse utique indicatam. Sed exitus pelvis nostrae ne in diametro sagittali quidem normalis est. Est enim diameter a Symphyseos margine inferiore ad acumen ossis sacri

in nostra pelvi = 100 Mm
in normali = 112,3 Mm.

Quae res e directione ossis sacri sequitur.

Sed etiam respiciendum est exitum pelvis nostrae maxime Symmetriae convenientem esse. Est enim distantia ab acumine ossis coccygis

ad tuber ischii sinistrum = 55 Mm = 2″
ad tuber ischii dextrum = 55 Mm = 2″

et distantia ab acumine ossis sacri

ad tuber ischii sinistrum = 90 Mm = $3\frac{1}{2}$
ad tuber ischii dextrum = 90 Mm = $3\frac{1}{2}$

Atque haec quidem distantia etiam major est quam in pelvi normali; est enim distantia ab acumine ossis sacri ad tuber ischii utrumque = 67 Mm = $2\frac{1}{2}$″ in normali; quae quidem res et ipsa affirmare nobis videtur acumen ossis sacri altiore loco quam plerumque in pelvi positum esse.

Sequitur ut exitus pelvis nostrae sit angustissimus et conformatione propria rarissimaque.

3. Cavum pelvis.

Ex dictis sequitur, ut cavum pelvis infundibiliforme sit. Introitus enim amplus, quin etiam in axi sagittali amplificatus; exitus arctissimus; os sacrum a posteriore in anterius versum; symphysis pubis alta, praeceps; quum haec per se sufficiunt ad claram pelvis imaginem praebendam, tum partu ipso illutratio formae infundibiliformis praeclarissima accedit.

III.

De pelvibus similibus ad hoc tempus notis.

Pelvis unica, quae nostrae omnibus in rebus simillima est, et forma et genesi et partus propria ratione, est, quam saepius jam commemoravimus, a Dr. Moor viro experientissimo descripta. Quae nisi esset, nostra pelvis longe non eo momento esset ad doctrinam pelvium angustiorum, quo est cum pelvi Moori comparata et composita. Recapitulemus igitur breviter quae Moor refert.

E. A . . . . . berger, annos viginti octo nata, quae acu victum sibi quaerebat, 145 Cent. alta, infans trium annorum de sella decidit, quare orta est Kyphosis vertebrarum lumbalium inferiorum, sed ita ut neque gravis morbi symptomata nec claudicatio sequeretur neque illa diutius in lecto jaceret necesse esset. Currendi primo tempore potens facta est et semper valetudine bona fuit. Menstruatio ex anno quindecimo aetatis normalibus temporis spatiis rediit. Quater gravida facta est. Anno 1853 rure per forcipem faciliter infantem vivum peperit; hebdomades normales erant. Die 8. mensis Januarii a. 1860 in clinico Tigurino obstetricio in graviditate secunda propter eximiam pelvis exitus in transversum angustitatem partus praematurus artificialis hebdomade 34. aut 35 graviditatis institutus est et infans mortua ponderis 4$\frac{6}{5}$ Pfd. et longitudinis 16$\frac{1}{2}$" pedibus extracta est a viro Ill. Breslau. Arcus

pubis cratrostri modo conformatus et tam angustus, ut Ill. Breslau duos tantum digitos juxta sese positos introducere posset; distrahi ossa pubis ne vi quidem adhibita poterant. Hebdomades normales erant. Partus tertius evenit annis uno et dimidio post, rure, nullo auxilio obstetricio adhibito, in situ faciali; infans erat valida, matura. Post hoc tempus femina usque ad graviditatem quartam valetudine bona fuit; sed hac ad medium progressa femina extabuit atque emacuit et e mense Augusto anni 1863 doloribus gravibus in tergo et sacro et abdomine cruciata est. Qua de causa eam posteriore tempore graviditatis non jam res ponderosas manibus ante se, melius in capite positas portare potuisse traditur. Primi dolores ad partum introiere die 31. mensis Octobris mane hora 2.

Hora 9. caput foetus perinaeum ursit; horae quadrante post dolores subito cessavere; collapsus, virium prostratio, capitis recessus; talis quum puerpera in clinicum obstetricium portata esset, Ill. Breslau diagnosin uteri rupturae et foetus mortui posuit.

Mortua est die 2. mensis Novembris mane hora 9. Obductione instituta uteri ruptura 7 Cent. longa inventa est in pariete posteriore uteri normaliter structi; foetus et placenta in cavo abdominis jacueruut.

Pelvis ab Exp. Moor diligentissime est praeparata atque explorata.

Mensuras ejus subtilissime traditas hoc loco cum nostra pelvi et cum normali componamus:

	Mensurae in Millimetris.			Mensurae in digitis.		
	Pelvis Moori.	Pelvis nostrae.	Pelvis normalis.	Pelvis Moori.	Pelvis nostrae.	Pelvis normalis.
Distantia Spinarum Ilei anter. sup.	250	230	224,6	9" 2"'	8 1/2"	8 1/2"
„ Cristarum Ilei. . . .	273	215	267,8	10" 1"'	8"	9 1/2—10"
Conjugata externa	185	215	163	6" 10"'	8"	7—7 1/2"
Mensurae exitus pelvis:						
Diam sagittalis a Symphysi pubis ad acumen ossis sacri	123,5	100	112,3	4" 6—7"'	3 2/3"	4"
Diam. frontalis (inter tubera ischii)	46	50	113,9	1" 6—7"'	2"	4"
Distantia tuberoso-sacra sinistra . . .	70	90	67	2" 7"'	3 1/2	2 1/2"
„ „ dextra . . .	68	90	64,8	2" 6"'	3 1/2	2 1/2"
Altitudo Symphyseos	50	55	38,9	1" 8"'	2"	1 2/5"
Conjugata vera	132		108,5			
„ diagonalis	136		125,2			

Porro haec de pelvi Moori sunt commemoranda:

Vertebra lumbalis carie ita est destructa, ut tantum tria corpora vertebrarum sint conservata, sex autem arcus vertebrarum et sex processus spinosi numerentur. Hac re columna lumbalis in anterius ita est inclinata, ut cum plano introitus pelvis non ut in normali pelvi angulum = 120° efficiat, sed tantum angulum = 80°, cum osse sacro igitur eundem circiter angulum atque in nostra pelvi. Scilicet et hac in pelvi promontorium proprium non est, nisi forte exigua eminentia e corporibus vertebrarum deletarum relicta hoc nomine dicatur. Ita etiam ossis sacri directio (ut in nostra pelvi) normali fit contraria; est enim magis rectum quam flexum et a superiore posteriore in anterius inferius versum. Praeterea os sacrum est parvum, in inferius cuneiforme, quasi vi a latere utroque impetrante compressum, quare et excavatio ejus transversa interna aucta est et spinae Ilei posteriores propius ad se accedunt. Est enim spinarum posteriorum distantia 9‴ minor quam in normali, ossis sacri autem processus spinosi superiores non profundius siti sunt quam ossis Ilei spinae posteriores, sed prominent ante has 2‴.

Quae quidem et eadem ratione orta et eundem aspectum praebentia atque in nostra pelvi sunt memorabilissima. Comprobatur enim et affirmatur hac re sententia de nostro osse sacro et ejus directione a nobis proposita, neque minus sententia de rotatione ossium Ilei circum axin lineae arcuatae et spinae posteriori inferiori respondentem, quae certe etiam in pelvi Moori propter cuneiforme os sacrum est effecta. Et comprobantur haec etiam magis ossium Ilei descriptione. Haec enim dicit plane collocata esse. Differentia quidem inter mensuram Spinarum Ilei et Cristarum non prorsus respondet nostrae; nam apud Moorum est

Diam. Spinar. Il. = 250 Mm
Diam. Cristar. = 273;

in nostra est

Diam. Spinar. = 230 Mm
Diam. Cristar. = 215;

Attamen apparet hanc differentiam multo aliam esse atque in normali, in qua est

Diam. Spinar. = 224,6
Diam. Cristar. = 267,8

unde sequitur, ut et distantia ossium Ilei omnino major sit quam in normali et differentia inter diametrum Spinarum et Cristarum multo minor quam in normali. Comprobatur autem etiam hac re rotatio quam supra diximus ossium Ilei circum axin horizontalem. Nam etiam Moor consentit hanc rotationem aliquid ad formam infundibiliformem pelvis valuisse, quamvis eadem maxime compressione acetabulorum ab osse femoris utroque effecta sit.

De ossibus pubis et ischii in pelvi Moori jam supra aliquae commemoravimus; sunt enim quae in viva femina cognita erant signa in pelvi praeparata confirmata. Symphyseos altitudo est = 1″ 8‴, paene tam alta quam in nostra pelvi. Arcus pubis re vera angustissimus, imprimis tuberum ischii convergentia, quae tantum 1″ 6—7‴ inter se distant. Regio interna acetabuli utriusque in pelvim magis solito prominet; spinae ischii tantum 2″ 5½‴ inter se distant. Sic hujus etiam pelvis pars anterior et inferior quasi compressa ab utroque latere cognoscitur; et quidem haec ut nostra symmetriae conveniens est; nam distantiae tuberoso-sacrae et distantiae symphyseos a tuberibus utriusque lateris pares sunt.

Etiam commemorandum est in pelvi macerata abnormem fuisse motilitatem inter Symphyses pelvis, et inter os sacrum et tertiam vertebram lumbalem (inferiores vertebrae deficiunt) circum axin longitudinalem et transversam columnae vertebralis, et inter Symphysin sacro-iliacam et inter Symphysin ossium pubis, ita ut tuberum ischii distantia a spatio 1″ 8‴ ad spatium 2″ 4‴, spinarum ischii a spatio 2″ 5½‴ ad 3″ 6‴ distractione augeri possit.

Descripsimus hanc pelvim Moori eo accuratius, quo magis similitas hujus cum nostra intelligatur. Nam plane perspicuum erit ceteras quas afferemus pelves aut non satis descriptas atque notas esse aut cum his componi omnino non posse; harum autem congruentia doctrinam de vi ac momento Kyphoseos lumbo-sacralis maxime firmari. Quis enim est qui neget et genesim Kyphoseos, et valetudinem feminae, et mensuras singulas et totius pelvis figuram in his duobus casibus maxima esse con-

gruentia? Porro: Quod in casu Moori videtur cum ceteris non congruere, id est praecipue partuum priorum ab extremo differentia, clarissime pelvis ipsius praeparatae descriptione compensatur; quod autem nostrum casum deficere videtur, dico pelvis praeparatae descriptionem, clarissime partus proprietate et mensuris exactissime factis compensatur. Quae ex his ad momentum Kyphoseos ad genesin pelvium ejus modi sint concludenda, infra subtilius disquiramus. Jam vero, ne quidquam omisisse videamur, de nonnullis etiam referamus pelvibus similibus.

Atque hoc loco primum commemoranda est pelvis a Grensero descripta.[1]) Haec quoque ut nostra in vita observata est. Nos quidem Grenseri dissertationem diligenter perscrutati facere non possumus quin hanc pelvim minime cum nostra aut Moori comparandam censeamus. Nam quamquam coarctatio exitus in transversum satis magna est, ut e mensuris (vide infra) cognoscimus, tamen casus ob has causas neque aptus qui comparetur cum nostro, nec per se satis clarus est: Nulla enim certa pelvis coarctatae causa a Grensero affertur; deficit Kyphosis ulla columnae vertebrarum; negatur Rhachitis et Osteomalacia; adest asymmetria completa et adest caries ossis ischii dextri; ne synostosis quidem sacro-iliaca certe affirmari aut excludi potest; denique autor ipse concedit praeter angustitatem exitus fortasse angustitatem pelvis universalis adesse: qnae omnia certam et claram de hac pelvi opinionem perturbant. His de causis, quamvis gravis fuerit partus, (perforatio cranii et extractio foetus facta est), quamvis propriae sint tuberum ischii, arcus pubis, trochanterum, altitudinis symphyseos mensurae, non tamen ullum fructum ex his capere ad nostras sententias confirmandas possumus. Nihilomiuus mensuras addimus:

Diameter	Cristar. Ilei	= 9″ 3‴	=	25,2	Cent.
„	Spinar. Ilei	= 9″	=	24,4	—
„	Trochanterum	= 9″ 9‴	=	26,5	—
Conjugata externa		= 6″ 9″	=	18,4	—
Diam. sagittalis exitus		= 3″ 4‴	=	9,1	—
„	frontalis „	= 2″ 2‴	=	5,8	—

[1]) Ein Fall von querverengtem Becken mit Necrose des rechten Sitzbeines. Inaugural-Dissertation von Paul Wilhelm Theodor Grenser. Leipzig 1866.

Distantia ab acumine ossis coccygis
ad tuber ischii sinistrum = 2″ 11‴ = 7,7 —
„ „ „ dextrum = 3″ 5‴ = 9,7 —
Symphyseos altitudo = 2″ 2—3‴ = 5,9 —

Similior nostrae videtur pelvis esse, quam Litzmann[1]) in museo anatomico Vienensi vidit. Erat ad exitum transverse coarctata et infundibiliformis, sine synostosi symphyseos sacro-iliacae; sed aderat Kyphosis carie vertebrarum lumbalium effecta. Distabant inter se spinae ischii = 1″ $10^2/_9$‴; tubera ischii = 2″ $2^6/_9$‴. Descriptio accuratior nos deficit.

Denique Neugebauer[2]) commemorat nonnullas pelves in transversum coarctatas e Kyphosi lumbo-sacrali, quae carie vertebrarum orta sit.

In aliis, quae ad exitum transverse coarctatae fuisse traduntur, pelvibus, causa coarctationis non traditur. Tales sunt pelves ab Huebnero, [3]) a Spaeth, 4) a Frickhöfer et Genth, a Lerche[6]) descriptae. Hae igitur ad pelvim nostram minime pertinent.

---

[1]) Litzmann, die Formen des Beckens u. s. w. pag. 64.
[2]) Monatsschr. f. Geburtsk. Bd. XXII. p. 297.
[3]) C. A. Hübner, Beschreibung zweier partiell kindlicher Becken bei Erwachsenen, bei welchen die Kyphalothlasis nöthig wurde. Inaug. Diss. Marburg 1856. 4 p. 20.
[4]) Wien. med. Wochenschr. 1856. Ber. über d. Ergebnisse d. gynäkolog. Klin. d. Josephsakademie.
[5]) Schmidt's Jahrbücher CXXIV pag. 204.
[6]) Lerche, C. H De pelvi in transversum angustiore. Diss. inaug. Halis 1845.

IV.

Epicrisis.

Transversa pelvis ad exitum coarctatio plerumque efficitur aut una cum eadem introitus coarctatione per defectum aut synostosin aut comminutionem alarum ossis sacri; aut conjuncta est cum exiguitate quadam totius pelvis, siquidem in statu puerili remanet; aut causa fortuita efficitur vel cum coarctatione totius pelvis vel per se, morbis enim in ipsis ossibus exortis, ut Rhachitide aut Osteomalacia aut (ut apud Grenserum ossis ischii) carie; haec omnia si deficiunt, restat unice, ut Kyphosi lumbo-sacrali orta sit, quae prima juventute, quum pelvis ossa etiam molliora sunt, certis legibus eorum formam commutaverit. Atque in nostro casu, quum omnes et ossium morbos et alarum ossis sacri synostosin vel defectum supra excluserimus, deinde quum Kyphosis lumbosacralis adsit maxima, tertium quum forma pelvis nostrae symmetriae maxime conveniens sit, quartum quum pelvis nostra cum pelvi Moori eadem causa commutata maxime congruat, his de causis sequitur ut pelvis nostrae forma propria vere Kyphosi sit effecta, et deinde ut consentiamus prorsus explicationibus quas Exp. Moor in parte quarta libri sui pulcherrime disseruit. Moor enim imprimis hanc deformitatem refert ad defectum concamerationis in pelvi (Gewölbeconstruction des Beckens, nach Dr. G. Hermann Meyers Anatomie, Leipzig 1861) et ex hac re

praecipuas explicat pelvis commutationes. Laetamur, quod nos etiam, priusquam Moori librum cognovimus, Anatomia Meyeri respecta eandem pelvis deformatae causam invenimus. Scripsimus enim illo tempore de genesi pelvis nostrae fere haec:

Ea re, quod promontorium non in pelvim prominet, ut fit columna lumbali normaliter directa, sed loco promontorii in nostra pelvi cavitas quaedam exsistit, ita, ut non praeponderatio sed retractio ossis sacri fiat, pelvim deficit concameratio.

Promontorium enim in normali pelvi tholus sive vertex camerae est, quum stante homine ad perpendiculum super acetabulorum regionem fixum sit. Suspensum igitur de ossibus Ilei per ligamenta vaga postica, detrahit ossis Ilei partam posteriorem ita, ut spinae anteriores discedant, itaque arcus anterior pelvis, imprimis Symphysis, tendatur: In nostra autem pelvi deficit promontorium; adest loco ejus cavitas, itaque angulus, quem columna lumbalis cum plano introitus pelvis efficit, multo minutus est; ne igitur corpus in anterius cadat, oportet ut tota pelvis circum axin os sacrum transverse penetrantem aliquid retrorsum rotetur; sic ossis sacri directio commutatur et oritur loco pressionis promontorii in anterius inferius tractio in posterius inferius, sic denique vertex camerae prorsus deest.

Itaque arcus anterior pelvis non jam tenditur concameratione; quare symphyseos et acetabulorum compressio lateralis ab osse femoris utroque, quae in normali promonterio compensatur, jam nulla re prohibetur; itaque pars anterior pelvis, id est acetabulorum regio, vi ab utroque latere impetrante comprimitur, quam quidem rem differentia diametri trochanterum a normali, quae par est comminutioni diametri transversae pelvis exitus (2″) pulcherrime illustrat. Sic symphyseos configuratio rostriformis, sic tuberum ischii appropinquatio explicatur. Ossis sacri autem quum pars superior in posterius inferius vertatur, pars anterior in cavum pelvis magis promineat, pelvis introitus ad axin sagittalem amplificatur, exitus coarctatur; itaque Conjugatae externae mensura maxime augetur.

Accedit, quod cum ossis sacri rotatione ossa Ilei etiam aliquid rotantur; quum enim, ut supra disseruimus,

porpulsione inferioris partis ossis sacri spatium inter spinas inferiores posteriores Ilei comminuatur, fit rotatio ossium Ilei circum axin horizontalem fere lineae arcuatae internae respondentem; itaque ossium Ilei plana collocatio oritur, itaque quae jam per se exsisit, ossium ischii appropinquatio, hac rotatione etiam augetur; sequitur ut transversa pelvis exitus coarctatio apud Kyphosin lumbo-sacralem sit inevitabilis.

Iisdem rebus et quibusdam aliis Moor quoque pelvis suae deformitatem explicat; scilicet ille vir experientissimus multo majore et Anatomiae et Gynaecologiae scientia imbutus multo et accuratiorem et re difficillima digniorem fecit de hac re disquisitionem, quam nos hoc loco breviter attulimus. Sed accedit linguae latinae gravitas, qua res novas referre nobis quidem difficillimum videtur. Non igitur nostrum est, quae ille de hac re disseruit, plene et diligenter repetere; qui autem illius scriptum diligenter leget, certe explicationes ejus nostrae pelvis formae maxime convenire consentiet.

Tantum aliquae commemoraturi sumus, quae ille demonstravit. Quum enim dicat onus corporis columnae vertebralis inflexione aliter atque plerumque ad pelvim conformandam valuisse, addit hoc ex duobus etiam momentis posse cognosci: 1. quod femina res graves manibus ante se portare non potuit, in capite positas potuit; hac re demonstrari columnae vertebralis in anterius inclinationem, quae quidem pelvis rotatione compensetur paullulum aucta autem statim ut corpus praeceps cadat efficiat; 2. quod femina dum cucurrit vacillavit, demonstrari in currendo corporis onus vicissum tum in altero, tum in altero crure positum esse, quum columnae vertebralis deformatione amussis et regula corporis defecerit. Nec vero haec commemorassemus, nisi in nostra etiam femina eadem observassemus; nam hujus quoque currendi ratio vacillans erat, et haec quoque res graves ante se portare non potuit.

Jam vero his perlustratis accedimus ad diagnosin hujus pelvium generis.

Quam peracute atque ingeniose Ill. Moor quum in omnibus rebus tum in diagnosi ponenda judicaverit, optime apparebit, si ipsius verba afferam; his enim nihil habemus quod addamus. Cognoscetur autem ex iis cla-

rissime quae ille una ejus modi pelvi subtilissime investigata ad omnes pelves cum Kyphosi lumbo-sacrali conjunctas praedixerit, nostra jam altera pelvi mirabili atque praeclaro modo confirmari. Liceat igitur mihi ejus ipsius verbis germanicis uti. Dicit haec:

„Wir wollen daher nur diejenigen Punkte hervorheben, welche uns für die künftige Diagnose dieser Becken von Wichtigkeit zu sein scheinen.

1. Man wird vor Allem bei der Beurtheilung solcher Becken die Angabe über vorangegangenes Wirbelleiden, sei es mit oder ohne traumatische Ursachen, zu berücksichtigen haben. Je früher ein solches entstanden, desto grösser ist die Wahrscheinlichkeit einer consecutiven bedeutenden Deformität des Beckens.

Die Art und der Sitz der Veränderung der Wirbelsäule wird von grossem Belange sein. *Kyphose muss vorhanden sein*, sei es allein für sich, sei es in Verbindung mit Scoliose oder compensirender Lordose.

Kyphose aus Wirbelcaries hervorgegangen ist in der Regel eine spitzere, eine bloss aus rhachitischer Erweichuug entstandene, bildet einen rundlicheren Höcker. Je höher oben die Kyphose, desto weniger bedeutungsvoll für die Gestalt des Beckens und besonders des Beckenausganges wird sie sein; *je tiefer unten, je näher dem Kreuzbein, desto wichtiger.*

3. *Die Haltung des Körpers, das nach vorne Uebergesunkensein, der Gang, die Länge des Rumpfes im Verhältniss zu den Extremitäten* werden von Belang sein. Man wird also die Wirbelsäule besichtigen, betasten und messen müssen und das betreffende Subject im Liegen, Stehen, Sitzen und Gehen zu untersuchen haben.

4. Die äussere Beckenuntersuchung und Messung wird der Diagnose wesentliche Unterstützungsmomente liefern. *Man wird die äussere Conjugata nicht verkürzt, sondern unter Umständen sogar bis auf 8" und darüber verlängert finden*, die Spinae Ilei posteriores werden einander näher gerückt sein, *die Schambeinsymphyse wird hoch sein und etwas vorgetrieben erscheinen*, was zu einer Verwechselung mit osteomalacischen Becken Veranlassung geben könnte.

5. Am werthvollsten für die Diagnose dürfte immerhin die Untersuchung und Messung des Beckens sein. Da der Beckenausgang in querer Richtung verengt ist, so wird beim Einführen und Nebeneinanderlegen mehrerer Finger die quere Verengung nicht blos leicht erkannt, sondern auch approximativ gemessen werden können. Man wird ferner die Diagonalconjugata nicht verkürzt, sondern wie die äussere in der Regel verlängert finden, ja es kann leicht geschehen, dass man deren hinteren Endpunkt am Promontorium gar nicht, nicht einmal mit der Spitze des Mittelfingers wird erreichen können." —

Nil est quod huic expositioni clarissimae addamus. Conspicue ex ea plena illius cum nostra pelvi congruentia apparet.

Quae inde ad prophylaxin et therapiam sequantur, medico intelligenti et prudenti quasi ipsa occurrunt. Si primo tempore graviditatis pelvim angustiorem esse cognitum est, scilicet partus praematurus artificialis est instituendus; si medici auxilium postremo tempore petitum est, perforatio et extractio foetus, vel etiam sectio caesarea, si foeta vivo mater consentit, restant. De ceteris nil est quod dicamus. —

Quae res a nobis tradita ut aliquam scientiae et arti obstetriciae utilitatem afferat optamus.

Vita.

Natus sum, Victor Schmeidler, Vratislaviae die XVII. mensis Februarii a. MDCCCXLV, patre Hermanno, matre Adelheid, e gente Weiss, qui integri et incolumes mihi serventur in longum adhuc tempus in dies oro et peto. Fidei addictus sum evangelicae. Primis litterarum elementis imbutus in schola elementaria cum Gymnasio Magdalenaeo conjuncta primum adii classem VI et V scholae realis superioris: deinde quum a. h. s. LV ad Gymnasium Magdalenaeum revertissem, a. h. s. LXIII maturitatis testimonio a Schoenborn viro Ill. instructus mense Aprili ejusdem anni stipendio a Magistratu Vratislaviensi benevolentissime adjutus almam universitatem Gryphiswaldensem petivi, ubi a viro Ill. Vogt tum fasces academicos tenente civium academicorum numero adscriptus apud virum Ill. Bardeleben, illo tempore gratiosi medicorum ordinis Decanum spectatisssimum, rite nomen dedi.

Ibi quum per quattuor semestria scholis virorum Ill. Bardeleben, Budge, v. Feilitzsch, Grohe, Jessen, Landois, Limpricht, Pertz, Schultze interfuissem, tentamine physico superato almam universitatem Wurceburgensem petivi ubi per semestre unum virorum Ill. Bamberger, Geigel, Weltz scholis interfui.

Inde ad hanc almam litterarum sedem Vratislaviensem regressus auspiciis viri Ill. Reinkens inter cives academicos receptus sum.

Appropinquante anni superioris vere bellum Austriacum quum exardesceret, ad arma vocatus quum in itineribus et in nosocomiis, tum in proelio Oswiecensi Stollbergo duce medicus militaris stipendia merui.

Vratislaviae audivi disserentes viros Ill. Foerster, Freund, Haeser, Heidenhain, Lebert, Middeldorpf, Spiegelberg, Waldeyer.

In exercitationibus anatomicis Ill. Budge, in microscopicis et physiologicis idem et Ill. Landois, in chemicis Ill. Limpricht, in clinicis propaedeuticis Ill. Geigel, in clinico et policlinico chirurgico-ophthalmiatrico Ill. Middeldorpf, in clinico et policlinico medico Ill. Lebert, in clinico et policlinico obstetricio-gynaecologico Ill. Spiegelberg, in ophthalmiatrico Ill. Foerster et Weltz, in exercitationibus pathol.-anatomicis Ill. Waldeyer duces mihi fuerunt benevolentissimi.

In exercitationibus clinicis et policlinicis benignissime me adjuverunt viri Expp. DDr. Davidsohn. Dittmar, Fuhrmann, Humelet, Jaensch, Maas, Reinhardt, Sommerbrodt, Wyss.

Quibus omnibus viris summe venerandis et egregie de me meritis gratias ago semperque habebo quam maximas.

Nunc vero tentaminibus et physico et medico nec non examine rigoroso superatis spero fore ut dissertatione thesibusque rite palamque defensis summi in medicina et chirurgia honores in me conferantur.

Theses defendendae.

I. Kyphosi lumbo-sacrali semper transversa pelvis ad exitum coarctatio efficitur.

II. Ad fracturam ossis humeri recte sanandam plurimum triangulus Middeldorpfianus valet.

III. Acidi urici infarctus non certum signum est foetum post partum vixisse.

IV. In cachexiis e dyscrasiis ortis ferrum jodatum optimum est tonicum.

V. In pneumonia, nisi dyspnoë est maxima, venaesectio rejicienda est.